



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFECTO DE LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ACTIVACIÓN
CONDUCTUAL BREVE (BATD-R) EN SEIS ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS
CON TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR.**

Alma Karime Guaidía Flórez

Dirigida por:

Carlos Humberto Vélez Ocampo

Bogotá, D.C.

2020

SE INSERTA EN ESTA PÁGINA EL ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

SE INSERTA EN ESTA PÁGINA EL ACTA DONDE SE OTORGA DISTINCIÓN SI
ES EL CASO, YA SEA DEL CONSEJO SUPERIOR O DEL CONSEJO ACADÉMICO
DEPENDIENDO SI ES LAUREADA O MERITORIA RESPECTIVAMENTE

Agradezco a:

Dios por permitirme empezar, atravesar y culminar este proceso de la mejor manera; a mi familia, mis papás y hermano quienes me han tendido su mano para apoyarme en cada proyecto que deseo emprender; a mi pareja quien me ha acompañado en todo el proceso aliviando la percepción de mis cargas con su compañía; a mis docentes, quienes fueron mis supervisores de tesis, con quienes desde el principio se estableció un plan de trabajo que me favoreciera

en tiempo y calidad del proceso, que en las dificultades me colaboraron y en quienes encontraba en todo momento una ayuda; a mis compañeros de clase, creo que somos quienes más nos entendimos en los momentos de angustia, desesperación, enojo, miedo, tristeza y todas las emociones, fuimos entre nosotros mismos nuestro soporte, y muy seguramente sin ellos este proceso hubiera sido más tedioso; a mis mejores amigos, quienes me acompañaron y me esperaron a cada periodo de vacaciones para celebrar cada semestre superado; a todos los mencionados gracias por la sabiduría prestada, la mano brindada y la voz de aliento para continuar y acabar.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	11
Referente Teórico y Empírico.....	13
Aspectos Metodológicos	23
Problema de Investigación	23
Objetivos	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos.....	23
Variables	24
Variable Independiente	24
Variable Dependiente.....	24
Hipótesis.....	25
Método	25
Participantes	25
Datos sociodemográficos	26
Descripción de casos	27
Diseño	30
Instrumentos	31
Descripción Protocolo BATD-R	33
Procedimiento	34
Consideraciones éticas	35

Resultados	37
Conductas saludables	37
Conductas Depresivas	40
Estado de ánimo	43
Escala Zung	45
Discusión.....	46
Referencias.....	51
Anexos	59

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 – Datos sociodemográficos de los seis consultantes	26
TABLA 2 – Descripción Protocolo Breve de Activación conductual	
TABLA 3 – Cálculo del tamaño del efecto para las conductas saludables	37
TABLA 4 – Cálculo del tamaño del efecto para las conductas depresivas	40
TABLA 5 – Cálculo del tamaño del efecto para el estado de ánimo	43

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Conductas Saludables para los seis casos estudiados	36
FIGURA 2 - Conductas Depresivas para los seis casos estudiados	39
FIGURA 3 - Estado de ánimo para los seis casos estudiados	41
FIGURA 4 - Puntuaciones pretest y postest de la Escala Zung	44

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Activación Conductual
APA	American Psychological Association
BATD	Tratamiento de Activación Conductual para Depresión
BATD-R	Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión
CDP	Cuestionario de datos personales
EP+	Enfrentando problemas plus
OMS	Organización Mundial de la Salud
SDS	Self-Rating Depression Scale
TADS	Treatment for Adolescents With Depression Study
TGI	Terapia de Grupo Interpersonal

Resumen

La depresión es un trastorno que se ha venido presentando con alta frecuencia en la población adolescente, poniendo en riesgo la calidad de vida de quienes la padecen y su vida misma. La terapia de Activación Conductual (AC) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para combatirla. Se propuso implementar el Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) dadas sus características, que permiten una fácil adhesión al tratamiento. El objetivo fue estimar el efecto del tratamiento sobre la sintomatología depresiva en seis adolescentes entre los 12 y 17 años de edad diagnosticados con este trastorno que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. A los participantes se les aplicó el Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) con una duración de una hora semanal por diez semanas. La principal hipótesis fue que las conductas depresivas de los consultantes disminuirían, e incrementarían las conductas saludables. Los resultados arrojaron que la aplicación de Protocolo BATD-R en adolescentes tiene un efecto significativo en la disminución de síntomas presentados por un episodio de depresión o el Trastorno de Depresión Mayor, y así mismo presenta un impacto en las conductas saludables, depresivas y reportes de estado de ánimo con tamaños del efecto estadísticamente significativos para las tres variables analizadas.

Palabras Claves: Activación conductual, Protocolo BATD-R, adolescencia y depresión.

Abstract

Depression is a disorder that has been occurring with high frequency in the adolescent population, putting at risk the quality of life of those who suffer and their life. Behavioral Activation (AC) therapy has proven to be an effective treatment to combat it. It was proposed to implement The Brief Behavioral Activation Protocol for Depression (BATD-R) given its characteristics, which allow easy adherence to treatment. The objective was to estimate the effect of treatment on depressive symptomatology in six adolescents between 12 and 18 years of age diagnosed with this disorder that meet the established inclusion and exclusion criteria. The Brief Behavioral Activation Protocol for Depression (BATD-R) with a duration of one hour per week for ten weeks was applied to the participants. The main hypothesis was that the depressive behaviors of the consultants would decrease, and increase the healthy behaviors. The results showed that the application of the BATD-R in adolescents has a significant effect on the decrease of symptoms presented by an episode of depression or Major Depression Disorder, and also has an impact on healthy, depressive behaviors and reports of mood with statistically significant effect sizes for the three variables analyzed.

Keywords: Behavioral Activation, the Brief Protocol of Behavioral Activation for Depression, adolescence and depression

Efecto de la aplicación del tratamiento de activación conductual breve (BATD-R) en seis adolescentes diagnosticados con trastorno de depresión mayor

La adolescencia corresponde a una etapa en la cual las personas presentan cambios emocionales, sociales, hormonales y físicos, por lo cual durante este periodo existe un riesgo elevado de presentar depresión (Gaete, 2015; Stassen, 2007). Concurren una variedad de factores que hacen más fácil su aparición. Dentro de las vulnerabilidades que se presentan en esta etapa, se encuentra con mayor prevalencia factores como: carecer de compañía y guía de redes de apoyo, lo cual conduce al adolescente a perder confianza en el futuro, y genera así mismo un nivel bajo de autoestima, y por todo lo anterior desencadenar un posible episodio depresivo (Lourdes y Ayala, 2014; Lewinsohn, Seeley, y Gotlib, 1997). Además, se ha evidenciado que presentar depresión durante la adolescencia, representa un riesgo mayor de cometer suicidio, el cual se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en adolescentes, con una tendencia creciente. (Larraguibel, González, Martínez, y Valenzuela, 2000; Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004; Royo y Fernández, 2012). Por estos motivos, es necesaria la atención oportuna para esta población, pues los adolescentes que reciben tratamiento para su primer episodio depresivo, son menos propensos a presentar otro posteriormente (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004; Acosta, Mancilla, Correa, Saavedra, Ramos, Cruz y Durán, 2011).

La depresión es un estado en el cual una persona presenta un conjunto de síntomas caracterizados por el decaimiento y pérdida de interés en actividades tanto cotidianas o que antes eran placenteras para el sujeto, lo anterior se presenta acompañado de síntomas físicos y psicológicos como dificultad para conciliar el sueño, pérdida de apetito, disminución de capacidad de concentración, sentimientos de impotencia e inutilidad, y baja autoestima (Segal, Williams, Teasdale, 2015; Ceballos et al, 2015; Pardo et al, 2004; McCauley, 2010).

Ahora bien, la depresión es un estado de ánimo patológico que afecta al ser humano física y emocionalmente, con repercusión social debido a la disminución del acto volitivo, lo que propicia sentimientos de inutilidad, tristeza, culpa, y esto puede conllevar al adolescente a planificar actos en los que no se calculen de forma realista las probabilidades de morir (Hernández y Louro, 2015). Las conductas relacionadas con la depresión también actúan como factores de riesgo para la depresión futura, especialmente haber presentado un episodio depresivo anteriormente, presentar algún otro trastorno mental actual, intentos de suicidio, problemas de comportamiento de internalización y síntomas físicos (Arrivillaga, Cortes, Goicochea y Lozano, 2004; Lewinsohn, et. al, 1994). Debido a estas posibles consecuencias señaladas, combatir la depresión adecuadamente y a tiempo, representa una alta mejoría en la calidad de vida del adolescente a quien se trata.

Ahora bien, para poder diagnosticar un Trastorno de Depresión Mayor, el sujeto debe presentar al menos cinco criterios de los referidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) durante un tiempo mínimo de dos semanas; estos criterios incluyen: estado de ánimo triste la mayor parte del día durante todos o casi todos los días, disminución importante del interés o placer por todas o la mayoría de actividades cotidianas, pérdida o aumento de peso corporal, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, y disminución de la capacidad para concentrarse y tomar decisiones. En cuanto al diagnóstico de Trastorno Depresivo Persistente o Distimia, se tienen en cuenta los mismos síntomas mencionados, pero con una intensidad más leve y con una duración de un periodo de dos años; sin embargo, el tiempo estimado para su diagnóstico en niños y adolescentes es de un año, también es necesario resaltar que en esta última población mencionada, el criterio presentado por el DSM-5 acerca de presentar un estado de ánimo triste la mayor parte del

tiempo, se puede evidenciar también a través de un estado de ánimo irritable; lo anterior desencadena conductas de aislamiento o evitación social, como evitar contestar llamadas o mensajes o quedarse en casa para no asistir a eventos sociales, por lo que presentar depresión implica deterioro significativo en las relaciones interpersonales (Espinosa et al., 2015), bajo rendimiento escolar, posible consumo de sustancias psicoactivas (Veytia, 2013) y riesgo de cometer suicidio, la depresión es responsable de la mayoría de las muertes por esta causa (Larraguibel, González, Martínez, y Valenzuela, 2000; Corina, Borges, Medina, Fleiz, y Zambrano, 2004; Gilbert, 2016). En Colombia, Carvajal y Virginia (2011), encontraron un 20% de prevalencia de pensamientos suicidas en adolescentes entre 14 y 17 años.

En cuanto a la epidemiología de este trastorno, se estima que la depresión afecta a más de 300 millones de personas (OMS 2018). En un informe acerca de esta temática realizado en el año 2017, en el cual se abordaron generalidades, características, conceptos y cifras de la depresión en adolescentes, se evidenció que esta problemática afecta al 4,4% de la población del planeta: allí Colombia está ubicada por encima del promedio mundial, con un aproximado de 4,7% de colombianos con dicho diagnóstico. En línea con lo anterior, el estudio realizado por González, Hermosillo de la Torre, Vacio, Peralta y Wagner (2015), reporta que la sintomatología depresiva es prevalente en jóvenes y adultos en países latinoamericanos, con una mayor proporción de casos en las mujeres.

El inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, específicamente en la etapa de la adolescencia (Veytia, González, Lopez, Andrade, y Oudhof, 2012). Particularmente en Colombia, se ha evidenciado un incremento considerable de ésta problemática a través de los años; en el año 2003 se estimó que este trastorno se presenta en aproximadamente 3% a 8 % de los adolescentes (OMS, 2014). Sin

embargo, en un estudio realizado por Ossa, Sánchez, Mejía y Bareño (2016), la prevalencia total de depresión mayor en adolescentes fue de 7,1 % equivalente a 108 jóvenes de una muestra total de 1520 adolescentes. Según el Ministerio de Salud (2017) para el año 2015, ésta prevalencia aumentó a un 15.8%.

De acuerdo con lo mencionado, se evidencia la importancia de intervenir adecuadamente la depresión en adolescentes. En cuanto a los posibles tratamientos existentes para combatirla, han demostrado eficacia la Activación Conductual (AC), la Terapia Cognitivo Conductual, la Psicoterapia Interpersonal y el uso de medicamentos antidepresivos (Treatment for Adolescents With Depression Study [TADS] Team, 2004; Russell et. al, 2008; y Zhou, et. al, 2017; Hopko et. al, 2000; Kolko et. al, 2000). Incluso, la OMS, entre otras organizaciones, ha elaborado manuales sobre intervenciones psicológicas breves para tratar la depresión, que pueden ser utilizados por trabajadores no profesionales, por ejemplo, entre estos encontramos “Enfrentando problemas plus (EP+)”, un manual que explica la utilización de la activación de la conducta, el entrenamiento en relajación, el tratamiento para la resolución de problemas y el fortalecimiento del apoyo social; también, el manual Terapia de Grupo Interpersonal (TGI) para la depresión, sugiere una alternativa para tratar este trastorno (OMS, 2018). Sin embargo, el tratamiento de Activación Conductual Breve (BATD-R) ha mostrado ser menos costoso y estar dentro de una guía de uso fácil; no obstante, existen un número significativo de investigaciones que apoyan la eficacia del presente tratamiento en población adulta, y un número reducido en población adolescente (Díaz y Bocanegra, 2013), siendo una alternativa para las necesidades puntuales de los mismos, permitiendo una adherencia al tratamiento más eficaz, debido a la duración del mismo. Además, Ekers, et. al, (2014), evidenció mediante un metaanálisis realizado con veintiséis ensayos controlados aleatorios entre AC, tratamientos control y fármacos

antidepresivos que incluyeron a 1524 sujetos, que la AC es un tratamiento eficaz para la depresión.

En cuanto a la adquisición de la depresión, se considera que surge por bajos niveles de refuerzo positivo o niveles altos de control aversivo en su comportamiento, esto se ha observado mediante los sucesos de vida estresantes que influyen en el inicio y desarrollo de los síntomas de la misma (Bowins, 2011; Veytia, Gonzalez, Andrade y Oudhof, 2012). Kanter, Cautilli, Busch, Baruch (2005) y Mayes et. al (2010), exploraron los posibles factores que preceden un comportamiento depresivo, dentro de los cuales destacan tres principalmente, la ausencia de respuesta contingente a la conducta, demasiado castigo contingente a las conductas, y pérdida de la efectividad de los refuerzos existentes. Lo anterior se manifiesta principalmente en la presencia de contextos familiares disfuncionales, donde se presentan factores de riesgo como desintegración familiar por ausencia de uno o ambos padres; inestabilidad en el grupo familiar, que presentan relaciones conflictivas con los miembros del grupo; conflictos entre los padres del adolescente; una crianza bajo un estilo de pauta extremo, es decir, autoritarios o permisivos; carencia de afecto, violencia intrafamiliar y carencia de valores espirituales dentro del entorno familiar (Veytia, 2013; Páves et al, 2009; Cañón, 2011, Pardo et al., 2004).

Para combatir el problema presentado anteriormente, durante el siglo XX se dio un periodo de innovación psicológica con muchas terapias altamente efectivas, cada una con la promesa de reducir el dolor y el sufrimiento de millones de personas afligidas con problemas de salud mental (Linehan, 2007). Uno de estos desarrollos es la AC, cuyo soporte empírico apunta consistentemente a una alta efectividad, incluso mayor que la de la terapia cognitiva (Pérez, 2007). Este abordaje terapéutico se basa en formulaciones de comportamiento de depresión donde se reporta un déficit en la respuesta de refuerzo contingente al comportamiento no

deprimido (Bowins, 2011), es decir, la AC entiende la depresión en términos contextuales, ubicándose dentro de las Terapias de Tercera Generación. La AC es más ideográfica que las terapias conductuales y cognitivas tradicionales, supone un análisis funcional tanto de la conducta depresiva como de la conducta saludable y así propone actividades que sean importantes para las necesidades y valores de la persona; también incorpora el modelo de aceptación-cambio, por el cual, propone la realización de actividades independientemente del estado de ánimo y pensamiento que presente el sujeto (Pérez, 2007; Bianchi y Muñoz, 2014).

Ahora bien, el Manual Revisado para Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R), por sus siglas en inglés, surge como un método relativamente sencillo, eficiente en términos de tiempo y costo-efectivo para tratar la depresión. Con base en investigaciones que sugieren la utilidad de tratar la depresión con tratamientos conductuales que aumentan la actividad y las consecuencias positivas asociadas, el enfoque del manual BATD-R permite una fácil implementación, incluida la ausencia de habilidades difíciles de adquirir para los terapeutas. Además, este protocolo se adapta fácilmente a las necesidades ideográficas de los consultantes, lo que permite que el consultante y el terapeuta colaboren en la identificación de conductas blanco, objetivos y recompensas que sirven para reforzar el comportamiento no depresivo o saludable (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011; Hopko, Lejuez, Lepage, Hopko y Mcneil, 2003). Como ya se mencionó, la base teórica para estas intervenciones implica disminución en el refuerzo contingente de respuesta para el comportamiento no depresivo como causal en el desencadenamiento de la depresión (Lewinsohn, 1974 tomado de Lejuez, et al, 2011).

Basándose en este principio, el BATD-R está estructurado para exponer gradualmente a un consultante a contingencias ambientales positivas (es decir, comportamientos saludables) que

aumentan el refuerzo positivo contingente a la respuesta, que posteriormente facilita el alivio de los síntomas depresivos (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004).

El BATD-R se basa en la ley de igualación que establece que la conducta depresiva en relación con la no depresiva es directamente proporcional al valor relativo del refuerzo obtenido para estas dos categorías de comportamiento (Bowins, 2011). Es decir, la ley de igualación hace referencia a cómo la frecuencia relativa de respuestas iguala la frecuencia relativa de reforzadores asignados a determinada respuesta: una serie de conductas que son reforzadas de manera concurrente, son sensibles a la frecuencia relativa del reforzador asignado a cada una de ellas (Bachá y Alonso, 2011). Por lo cual, compartiendo lo planteado por Barraca (2010), considerándose una situación depresiva, esta ley sugiere que si los beneficios, es decir, los reforzadores obtenidos por manifestar conductas depresivas, como ausencias laborales, académicas, atención de las personas cercanas; son mayores a los inconvenientes derivados de las mismas, esta situación permanecerá; por lo tanto, sólo al lograr que estos beneficios de la conducta depresiva disminuyan existen posibilidades de que revierta la situación. De dicho modo, lo que sugieren los autores al aplicar la ley de igualación es que el tiempo y esfuerzo invertido en realizar conductas depresivas en comparación con conductas no depresivas, es directamente proporcional al valor del refuerzo recibido al emitir este tipo de conductas depresivas frente a las no depresivas (Bianchi y Henao, 2015).

Así, conforme a la “ley de igualación” mencionada, es necesario que se elimine cualquier reforzamiento positivo que el sujeto obtenga al realizar comportamientos depresivos (por ejemplo, recibir atención de familiares cercanos cada vez que se queja) (Barraca, 2009).

En la última revisión del BATD-R, realizado por Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto (2011), se da mayor énfasis a la relación terapéutica; mayor claridad con respecto a las

áreas vitales, valores y actividades; se encuentran formatos de tratamiento simplificados; detalles de procedimiento mejorados que incluyen solución de problemas; y, disponibilidad del formato de monitoreo diario modificado para adaptarse a la baja lectoescritura. Además, de revisar los conceptos centrales, proporciona un repaso al consultante, reforzando el uso constante y continuo de estrategias después de la terapia.

El protocolo BATD-R se lleva a cabo en 10 sesiones; las primeras sesiones consisten en evaluar la función del comportamiento asociado a depresión, los esfuerzos para debilitar el acceso al refuerzo positivo (por ejemplo, simpatía) y el refuerzo negativo (por ejemplo, escapar de las responsabilidades) para el comportamiento asociado a depresión. Luego, se inicia un enfoque de activación sistemática para aumentar la frecuencia y el refuerzo posterior del comportamiento saludable (Lejuez, et al, 2011). Los consultantes comienzan con un ejercicio semanal de autoregistro que sirve como una evaluación inicial de las actividades diarias (Formato de Monitoreo Diario), los orienta a la calidad y cantidad de sus actividades, además genera ideas sobre actividades durante el tratamiento. El énfasis se desplaza a la identificación de objetivos conductuales dentro de las principales áreas de vida que incluyen relaciones, educación, empleo, pasatiempos y actividades recreativas, problemas físicos/de salud, espiritualidad y responsabilidades diarias (Formato de Áreas vitales, Valores y Actividades). El trabajo dirigido a objetivos se ha considerado durante mucho tiempo un componente importante en el tratamiento conductual de la depresión. Posteriormente a la selección de objetivos, se construye una jerarquía de actividades en la que se evalúan 15 actividades que van desde "lo más fácil" hasta "lo más difícil" de lograr (Formato de Jerarquización de Actividades). Durante todo este tiempo, se siguen manejando los Formatos de Monitoreo Diario para hacer seguimiento al progreso, y el consultante se mueve progresivamente a través de la jerarquía. Al comienzo de

cada sesión, se examina y analiza la revisión del comportamiento, y se establecen las metas para la siguiente semana en función del éxito del consultante o la dificultad con las metas para la semana anterior (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011; Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003).

Se ha evidenciado la eficacia de este tratamiento mediante diferentes meta-análisis, como el realizado por Cuijpers, Straten y Warmerdam (2007), de la programación de actividades como tratamiento para la depresión, compararon los resultados post test respecto a los arrojados en el pre test de diversos tratamientos, como terapia cognitiva, terapia conductual y terapia interpersonal; se encontró así que el uso de programación de actividades como terapia es eficiente para intervenir la depresión con un tamaño de efecto de 0.87 y confianza de 95%. También en un estudio por Ruggiero et. al (2007), donde se aplicó el BATD-R en una adolescente de 17 años, se evidenció que por su duración, la consultante presentó fácil adherencia al protocolo, lo cual se ve respaldado por McCauley (2015), en una investigación, donde aplicó el tratamiento de activación conductual en una muestra de 60 adolescentes remitidos por trastorno depresivo, escogidos aleatoriamente, y en quienes se mostró eficacia del proceso, mostrando la AC como una alternativa para esta población. Jacob et. al (2011), apoyaron esta afirmación en un estudio con adolescentes afroamericanos quienes antes de ingresar al proceso terapéutico cumplían con los criterios para Trastorno depresivo mayor, se les aplicó AC y al final del proceso terapéutico su sintomatología depresiva había disminuido notablemente.

Gawrysiak, Nicholas, y Hopko (2009) realizaron un ensayo controlado aleatorio que comparó BATD-R individualizado y un control sin tratamiento para estudiantes universitarios con síntomas de depresión moderada. Las medidas de resultado evaluaron la depresión, la

recompensa ambiental, el apoyo social y la ansiedad. Se encontró que los índices de cambio indicaron que el grupo BATD-R tuvo reducciones significativamente mayores en la depresión y una mayor recompensa ambiental en el post-tratamiento que se asociaron con fuertes tamaños del efecto. Una tendencia estadística sugiere que BATD-R también puede mostrarse prometedora para aumentar el apoyo social. Dadas las condiciones actuales en muchas instituciones académicas que incluyen alta demanda de servicios de salud mental, personal limitado y restricciones de tiempo, intervenciones breves y parsimoniosas como BATD-R pueden representar una opción de tratamiento viable. En resumen, la intervención BATD-R de sesión única resultó en reducciones significativas en los síntomas depresivos y el aumento ambiental de recompensa. Se implementó también BATD-R con una niña de 17 años en cuidado de crianza que presentó varios síntomas de depresión e informó una baja tasa de eventos potencialmente vitales de la vida. Los puntajes obtenidos en las pruebas pre y post tratamiento tuvieron cambios significativos, presentando una mejoría debido a mayores puntajes en el post tratamiento (Ruggiero, Morris, Hopko y Lejuez, 2007). Además, Díaz y Bocanegra (2013), realizaron una investigación en la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, que buscó determinar el efecto de la aplicación del protocolo BATD-R sobre la sintomatología depresiva de tres adolescentes, en el cual se reportó un aumento en las conductas saludables contingente a la mejora de su estado de ánimo, sin embargo, presentaron limitaciones y sugerencias, dentro de los cuales se encontró un seguimiento a largo plazo para evidenciar eficacia del mismo.

Es por esto, que esta investigación pretende identificar el efecto de la aplicación del tratamiento de AC breve en adolescentes diagnosticados con depresión, y así aportar evidencia empírica de la eficacia de este tratamiento en esta población específica, lo cual además aporta soporte empírico para las terapias de tercera generación como lo es la AC, al apoyar la evidencia

en la práctica clínica como terapia basada en la evidencia. Además, contribuye a la línea de investigación de Terapias Cognitivo-Conductuales en diversas poblaciones de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, dentro de estos estudios se encuentra la investigación realizada por Díaz y Bocanegra (2013), con adolescentes con sintomatología depresiva y la validación de la escala Zung en población adolescente por Lezama (2012); no obstante, las investigaciones realizadas determinan el efecto del protocolo sobre la sintomatología depresiva, lo que pretende esta investigación es establecer si el protocolo BATD-R tiene efecto significativo sobre las conductas depresivas y saludables de un grupo de adolescentes diagnosticado con Trastorno Depresivo Mayor en la ciudad de Bogotá.

Aspectos Metodológicos

Problema de Investigación

¿Cuál es el efecto del Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-¿R) sobre la sintomatología depresiva, la cantidad de conductas saludables y estado de ánimo en adolescentes diagnosticados con Trastorno de depresión mayor?

Objetivos

Objetivo general

Estimar el efecto del tratamiento del Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) sobre la sintomatología depresiva, la cantidad de conductas saludables y estado de ánimo en adolescentes diagnosticados con este trastorno.

Objetivos específicos

1. Estimar el efecto de la aplicación del protocolo BATD-R sobre las conductas depresivas.
2. Estimar el efecto de la aplicación del protocolo BATD-R sobre las conductas saludables.
3. Estimar el efecto de la aplicación del protocolo BATD-R sobre el estado de ánimo.

4. Realizar un contraste entre la medición psicométrica de la depresión antes y posterior a la aplicación del protocolo BATD-R mediante la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung.

Variables

Variable Independiente

Protocolo breve de activación conductual BATD-R, el cual según Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, (2011), es el tratamiento estructurado en 10 sesiones orientadas al desarrollo de patrones de comportamiento más saludables, por lo cual se enfoca en que la persona lleve a cabo actividades placenteras e importantes que generen un sentido de realización y propósito en su vida, de acuerdo a los valores identificados en cada una de sus áreas de ajuste. El curso del tratamiento inicia con un énfasis en la evaluación de los patrones de conducta y posteriormente se centra en realizar cambios en las actividades cotidianas de la persona para disminuir las conductas depresivas y aumentar las saludables.

Variable Dependiente

Conducta depresiva, entendida como todo aquel comportamiento que es mantenido por refuerzo negativo y que va en contra de los valores establecidos por el consultante para sus áreas de vida, como no cumplir con actividades académicas o laborales, incapacidad para cuidar de alguien, comportamientos de autodaño, consumo de sustancias psicoactivas, ingesta inadecuada de alimentos, llanto y aislamiento social.

Conductas saludables, entendidas como todos aquellos comportamientos que dirigen a la persona a mejorar su calidad de vida y a su vez están orientados a cumplir los valores de vida propuesto por la persona (Segal, Williams, Teasdale, 2015; Ceballos et al, 2015; Pardo et al, 2004).

Estado de ánimo, entendido como el estado subjetivo o experiencial de larga duración mayormente influenciados por procesos internos, y en menor medida por eventos externos y experienciales (Flores, Medrano y Victoria, 2014). El cual era reportado diariamente por los consultantes en una escala de 1 a 10, donde 1 era bajo estado de ánimo (asociado a emoción de tristeza) y 10 buen estado de ánimo (asociado a emoción de felicidad).

Hipótesis

- Si la aplicación del protocolo BATD-R tiene efecto sobre las conductas depresivas, entonces se observará una disminución significativa en la frecuencia diaria de éstas a partir de la fase B del diseño.
- Si la aplicación del protocolo BATD-R tiene efecto sobre las conductas saludables, entonces se observará aumento significativo en la frecuencia diaria de éstas, a partir de la fase B del diseño.
- Si la aplicación del protocolo BATD-R tiene efecto sobre el estado de ánimo, entonces se observará aumento significativo en la valoración subjetiva diaria de éste, a partir de la fase B del diseño.
- Si la aplicación del protocolo BATD-R tiene efecto sobre la depresión, entonces se observará una disminución significativa en la puntuación de la escala de Depresión Zung en términos de medición pre y post.

Método

Participantes

Se contó con una muestra no probabilística por conveniencia de seis adolescentes con edades entre los 13 y 17 años que fueron evaluados para verificar el cumplimiento de los criterios diagnósticos para depresión. Para la inclusión de los participantes debieron cumplir los

criterios diagnósticos del DSM-5 para Trastorno Depresivo Mayor, estar diagnosticado con depresión por un profesional de la salud y encontrarse dentro del rango de edad de 13 a 17 años. En cuanto a los criterios de exclusión, se tuvo en cuenta la presencia de algún problema neurológico y/o psiquiátrico severo tales como trastorno afectivo bipolar, rasgos de personalidad que impliquen un posible desarrollo de un trastorno de personalidad, trastorno psicótico, consumo de sustancias psicoactivas; o que en el momento se encuentre recibiendo tratamiento psicológico.

Los criterios mencionados se evidenciaron a través de la aplicación de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), un cuestionario de datos sociodemográficos y mediante el reporte de los participantes durante la entrevista clínica.

Datos sociodemográficos

Para la realización del presente estudio, se contó con una muestra de seis adolescentes diagnosticados con Trastorno de Depresión Mayor, tres de ellos de género masculino, y los tres restantes de género femenino, con edades entre los 14 y 16 años como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los seis consultantes

Consultante	Género	Edad	Grado de escolaridad
1	M	16	Once
2	M	15	Noveno
3	M	14	Décimo
4	F	15	Décimo
5	F	16	Décimo
6	F	15	Once

Descripción de casos

Consultante 1. Hombre de 16 años de edad sin antecedentes médicos importantes acude a consulta reportando “Yo en mi casa no puedo hablar con nadie, pedí que me trajeran aquí porque necesito que me ayuden, además la psicóloga de mi colegio también lo sugirió”, su familia se compone de hermano y hermana mayor, quienes le llevan 18 y 23 años respectivamente, vive con papá y mamá, el consultante manifiesta estar muy "deprimido" desde que decidió confesarle a sus papás su orientación homosexual, comenta que prefiere no comer para no tener que entrar en contacto con ellos y además para no “engordar mucho”, refiere llorar y dormir bastante, además prefiere escuchar música en su cuarto para estar aislado, se encuentra en 11 de bachillerato, su rendimiento académico ha sido estable durante el tiempo; tiene dos amigas del colegio y un novio con el cual ha disminuido su comunicación desde enero del 2019 cuando decidió contarle la situación a sus padres.

Consultante 2. Hombre de 15 años sin antecedentes médicos importantes acude a consulta reportando “la verdad nunca he ido a un psicólogo, no sé si puedan ayudarme, quiero que mi familia esté bien, mis papás”. Su familia se compone de papá, mamá y hermano menor; manifiesta que su estado de ánimo triste empezó en Junio del 2018 cuando su padre decidió irse de la casa, su rendimiento escolar ha disminuido, manifiesta que no entra al colegio, permanece con sus amigos en el parque o fiestas, en ocasiones consumo alcohol o marihuana pues según él “me ayudan a no pensar más en nada”, procura no estar en casa y cuando está, el contacto y la comunicación con su mamá y hermano son nulas, juega videojuegos en su celular.

Consultante 3. Hombre de 14 años de edad sin antecedentes médicos importantes acude a sesión reportando “Una tía le dijo a mi mamá que viniéramos porque según ella estoy mal”, menciona que se ha alejado de su familia y de sus amigos desde hace aproximadamente un año

cuando se enteró que su padre tenía otra mujer además de su madre, reporta sentir rabia porque la imagen y percepción que tenía de su padre “se desmoronó”. Evita ir a reuniones familiares, prefiere estar en su cuarto solo y en su mayoría durmiendo “para no pensar en eso”, constantemente manifiesta “que mi papá no sepa valorar a mi mamá me hace dar mucha rabia, nosotros éramos la familia perfecta”, vive actualmente con papá, mamá y hermano menor. La acudiente menciona “él se ha visto muy afectado por la situación familiar, en ocasiones lo escucho llorar en su cuarto y cuando me acerco a preguntarle se enoja y prefiere quedarse solo”.

Consultante 4. Mujer de 15 años de edad, como antecedente médico presenta asma de nacimiento, la cual trata mediante inhaladores, acude a sesión manifestando “es que estoy teniendo muchos problemas en mi casa”, vive actualmente con su mamá, su padrastro y sus abuelos maternos, reporta que su estado de ánimo bajo se ha presentado alrededor de hace 3 o 4 años, hace 1 año aproximadamente ha aumentado, al igual que sus respuestas de irascibilidad contra su padrastro y madre, menciona “es que me siento muy agobiada por la situación con mi mamá y padrastro, a veces siento que la odio porque es muy injusta” “mi padrastro es muy injusto conmigo, me regaña todo el tiempo, no me deja salir ni tener amigos, incluso a veces sé que le pega a mi mamá pero ella no hace nada” “mi padrastro me grita todo el tiempo y pone reglas fuera de lo normal que mis amigos no tienen, no me dejan compartir con otras personas y me alejan de personas que quiero como mi familia”. La acudiente menciona que su hija llora mucho y además se enoja con mucha facilidad, que se ha aislado mucho y ya no hace actividades que antes le gustaban como bailar con sus amigas, lo cual corrobora la consultante al mencionar que llora bastante en su cuarto y que no tiene ánimo para realizar las actividades que frecuentaba como realizar coreografías con sus amigas, también menciona que está inconforme con su

apariciencia física pues “quizá si tuviera mejor cuerpo tendría novio y afrontarí más fácil esta situación pero igual mi padraastro no me deja”.

Consultante 5. Mujer de 16 años de edad sin antecedentes médicos importantes acude a sesión reportando “de un tiempo para acá me siento muy mal, no tengo amigos, mi relación es un caos, estoy muy sola”, vive con papá, mamá y hermana menor, menciona que su estado de ánimo bajo empezó desde que su relación terminó con su ex novio “cuando voy al colegio y veo que mi ex novio le coquetea a otras niñas me siento muy mal y en casa tampoco me gusta estar porque peleo con mis papás”, menciona que en ocasiones suele romper objetos en su habitación que le recuerdan a su ex novio hasta quedar dormida, suele chequear sus redes sociales constantemente y hablar con sus amigos acerca de lo que realiza su exnovio, en el colegio ha bajado su rendimiento académico debido a que no asiste a clase para evitar verlo, sale con sus primos para olvidar el tema y suele tomar y fumar cigarrillo. De acuerdo a lo anterior, la acudiente menciona que su hija duerme la mayoría del tiempo, que el rendimiento académico ha bajado notoriamente, y que a veces no va al colegio porque dice que se quiere salir.

Consultante 6. Mujer de 15 años de edad, como antecedente médico presenta epilepsia la cual fue descubierta a sus cuatro años, toma ácido valpróico con una dosis de 150mm diarios, acude a sesión reportando “Estoy muy inconforme conmigo misma y la psicóloga del colegio sugirió que tuviera un proceso psicológico externo”, vive con su padre, su madre y su hermano mayor, menciona que cuando se encuentra sola llora bastante, grita y rompe hojas de sus cuadernos hasta que se siente un poco mejor, menciona que el tema que más la agobia en este momento es “yo no sé qué me pasa pero todas mis amigas logran tener novio en cambio conmigo solo juegan o se burlan de mí, me siento fea”, reporta que su bajo estado de ánimo se ha aumentado desde los 14 años, la consultante se encuentra cursando grado 11 de bachillerato, ante lo cual reporta

“supongo que no estoy en el lugar correcto, siempre he sido la más pequeña de mi salón y por eso todas crecen menos yo”. La acudiente menciona que no sabe porque su hija ha cambiado tanto su carácter, que duerme mucho, más de lo normal, que llora seguido por cualquier razón y que no quiere tampoco hablar con nadie, muestra mucha preocupación por su salud. La consultante menciona "no me gustan ni mis dientes ni mi nariz ni mis piernas, además soy plana, nadie me va a querer nunca", manifiesta que llora en su cuarto, que viste únicamente sudadera o no va al colegio los días que debe usar falda, también comenta que ha empezado a comer en las noches incluso hasta vomitar, pues desea subir de peso.

Diseño

La presente investigación posee un enfoque cuantitativo, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), este enfoque representa un proceso secuencial y probatorio, es decir, cada fase precede a la próxima sin la opción de eludir pasos, de este modo, refleja la necesidad de estimar y medir la magnitud del problema planteado desde una perspectiva objetiva, posteriormente estos resultados son interpretados a la luz de las hipótesis previamente planteadas, dejando como conclusión la explicación de la comparación de los datos arrojados con el conocimiento existente.

Ahora bien, para la ejecución de la investigación y obtención de resultados, se aplica el diseño de caso único A-B con seguimiento, en el que se toman los datos de la variable dependiente durante un periodo de tiempo en el cual no se administra ningún tratamiento, a esta fase se le denomina línea base (A); posteriormente se aplica la variable independiente, y se registra la medición durante este tiempo, esta es la fase (B); el seguimiento, es la última fase en la cual se realiza una medición dentro de un tiempo acordado previamente, con el objetivo de

evidenciar eficacia del tratamiento a largo plazo (Tate, et al., 2016; Barlow, Nock, y Hersen, 2009).

Instrumentos

Para dar cumplimiento a los objetivos del presente estudio, se utilizaron los siguientes instrumentos y materiales:

Formato de Consentimiento y asentimiento informado. El consentimiento informado se presenta como un instrumento de intercambio de información entre el terapeuta, el consultante, o su acudiente si es menor de edad, involucra aspectos como la relevancia de la información, es decir, la naturaleza del tratamiento y sus beneficios o riesgos; la voluntariedad, es decir la capacidad de decisión del consultante de iniciar o no el proceso terapéutico; y la presentación de los principios bajo los cuales se realizará la evaluación e intervención. Este formato abarca los parámetros de la investigación y del proceso terapéutico, los datos del terapeuta a cargo y la autorización voluntaria del consultante para participar. (Ver anexo 1).

Cuestionario de Datos Personales (CDP). Este formato se entrega con el fin de que el consultante diligencie datos relevantes de evaluación para complementar la entrevista previamente realizada, contiene datos de relaciones al entorno familiar, académico, laboral y de salud del consultante. (Ver anexo 2).

Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS). Esta escala está constituida por veinte ítems relacionados con sintomatología depresiva, 10 en forma directa y 10 en forma inversa, haciendo énfasis en los síntomas somáticos y cognitivos, con ocho ítems para cada grupo, dos ítems referentes al estado de ánimo, y los otros dos a síntomas psicomotores. Para su diligenciamiento se establece una escala Likert de 1 a 4 para los ítems con sentido negativo (10), y de 4 a 1 para los ítems con sentido positivo (10) durante los

últimos quince días. El total se obtiene de la suma de los valores otorgados a cada uno de los ítems y el puntaje máximo es de 80. En esta escala una puntuación superior a 50 indica presencia de depresión (Lezama, 2012 y Campo et al., 2005).

Lezama (2012), realizó el análisis de propiedades psicométricas de la prueba en población adolescente en Colombia, evidenciando que la escala tiene fuerte validez de contenido, se realizó mediante el análisis factorial exploratorio con rotación varimax, en el cual se encontró una consistencia interna de 0.689, en cuanto a la confiabilidad de la escala, se realizó con el método Alpha de Cronbach, dando como resultado 0.548. (Ver anexo 3).

Formatos de protocolo breve de activación conductual (BATD-R). Dentro de los cuales se encuentran:

Formato de monitoreo diario. Este formato es un registro diario de actividades por hora, desde el inicio del día hasta que el consultante termina su día, con el fin de identificar los patrones de comportamiento y estado de ánimo del consultante. Seguido a cada actividad diaria se encuentran dos casillas para puntuar de 0 a 10 el disfrute e importancia que tiene para el consultante realizar estas actividades. (Ver anexo 4).

Formato de áreas vitales, valores y actividades. En este formato se recoge información de cinco áreas vitales: relaciones interpersonales, se refiere a todas las relaciones que tiene el consultante dentro de su contexto, incluyendo familia, amigos y pareja; educación/carrera, se refiere al tiempo que el consultante pasa desarrollando su vida laboral y académica, incluye educación formal e informal, y trabajo actual o la posibilidad de encontrar uno nuevo; recreación/intereses, se refiere al tiempo libre que el consultante invierte en divertirse o relajarse; cuerpo/mente/espiritualidad, hace referencia a la salud física y mental que tiene el consultante, incluyendo su religión y creencias; y responsabilidades diarias, se refiere a las responsabilidades

cotidianas que tiene el consultante. Los participantes deben registrar tres valores que para ellos son relevantes en cada área vital y cinco actividades mediante las cuales pueden llevarlos a cabo por cada valor planteado. (Ver anexo 5).

Formato de acuerdos. Este formato se realiza con el fin de que el consultante solicite un apoyo de terceros para la realización de actividades saludables. Una vez identificada la actividad y las personas que pueden colaborar en la misma, se realiza una descripción exacta de cómo cada una de estas pueden ayudar, y se procede a comunicarle a las personas su tarea. En el formato se diligencia la persona con quien se realiza el acuerdo y la tarea específica que va a realizar. (Ver anexo 6).

Formato de selección y jerarquía de actividades. El propósito de este formato es organizar las actividades previamente planteadas en el formato de actividades, de 1 a 15 según la dificultad que cada una de ellas representa para el consultante. (Ver anexo 7).

Descripción Protocolo BATD-R

En la Tabla 2 se exponen de manera detallada las actividades realizadas en las 10 sesiones estructuradas en el Protocolo BATD-R.

Tabla 2

Descripción Protocolo Breve de Activación Conductual

Sesión	Descripción
Sesión 1	Se explica el ejercicio académico a acudiente y consultante, se firman el consentimiento y el asentimiento informado, posteriormente se aplica la Escala Zung, finalmente se entrega el Cuestionario de Datos Personales y se explica el Formato de Monitoreo Diario explicando la puntuación de Disfrute e Importancia y como registrarlo.
Sesión 2	Se realiza entrevista con acudiente, indagando aspectos importantes de la problemática y cambios de estado de ánimo que ha percibido en el menor. Se recibe el CDP y se revisa el Formato de Monitoreo diario con el menor y se deja el de la siguiente semana.
Sesión 3	Se realiza entrevista con el consultante, se revisa el Formato de Monitoreo diario
Sesión 4	Se realiza psicoeducación acerca de la depresión, posteriormente se realiza una introducción al tratamiento y se revisa el Formato de Monitoreo Diario
Sesión 5	Se revisa el Formato de Monitoreo diario, se procede a completar el Inventario de Áreas vitales, valores y actividades
Sesión 6	Se revisa el Formato de Monitoreo Diario, el inventario de Áreas vitales, valores y actividades y se procede a realizar la selección y jerarquía de las actividades

Sesión 7	Se revisa el Formato de Monitoreo Diario y se realiza el Monitoreo Diario con planificación de actividades de la semana
Sesión 8	Se revisa el Monitoreo Diario de planificación de actividades, se realizan acuerdos con la hermana mayor del consultante y se realiza el Monitoreo Diario de planificación de actividades de la semana
Sesión 9	Se revisa el Monitoreo Diario de planificación de actividades y se realiza el Monitoreo Diario de planificación de actividades de la semana
Sesión 10	Se revisa el Monitoreo Diario de planificación de actividades y se realiza el Monitoreo Diario de planificación de actividades de la semana y preparación para la finalización de la intervención

Procedimiento

El procedimiento del estudio se dividió en 4 fases.

Fase 1. Se dio inicio al proceso terapéutico de procedencia particular. Se realizó de manera individual con cada uno de los participantes. En la primera sesión, se informó al consultante sobre el ejercicio académico, se firmaron los consentimientos y asentimientos informados. Después de esto, se dio inicio al proceso de evaluación del caso identificándose las conductas problemáticas, su función y los objetivos del proceso terapéutico, por medio de la entrevista conductual. Luego, se aplicó la escala autoaplicada de depresión de Zung, formatos de monitoreo diario y de áreas vitales, valores y actividades del protocolo breve de activación conductual (BATD-R). Dicha fase de evaluación tuvo una duración de 3 sesiones de 1 hora una vez por semana.

Fase 2. Posteriormente al iniciar la semana 4, se introdujo la activación con una duración de 7 sesiones. A partir de este momento, se pusieron en práctica las actividades planteadas de acuerdo a los formatos de áreas vitales, valores y jerarquía de actividades, previamente planteados con el consultante; los formatos de monitoreo diario en el cual se plasmaron las conductas se realizaron diariamente, el formato de áreas vitales y valores fue diligenciado en la sesión cinco, y la jerarquía de actividades se realizó semanalmente en a partir de la sesión seis hasta llegar a la última. Es de resaltar la importancia del diligenciamiento del formato de

monitoreo diario, cuando en ocasiones el consultante no se acogió a la medida de registro diario, durante la siguiente sesión se realizó un ejercicio retrospectivo de la conducta, lo cual movilizó al consultante a llevar un diligenciamiento más completo en posteriores sesiones.

Fase 3. En esta fase, se llevó a cabo el análisis de los datos, por medio de la realización de las gráficas y análisis visual de las mismas. De forma paralela se realizó un análisis estadístico de series de tiempo. Los análisis de datos se realizaron mediante el formato de monitoreo diario por el cual se llevará un registro de tiempo diario.

Fase 4. El seguimiento se realizó a los dos meses de terminado el tratamiento, se realizó una sesión presencial con los participantes del estudio para evaluar su estado de ánimo general, comportamientos presentados en cuanto a avances y dificultades durante este lapso, y refuerzo de los aspectos principales del tratamiento.

Consideraciones éticas

Amparados por la resolución N° 008430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993) al inicio del proceso terapéutico se realizó la lectura y firma del consentimiento informado, en el que se exponen las condiciones bajo las cuales se presta el servicio, la justificación y los objetivos del ejercicio académico, los procedimientos a usar y su propósito, las molestias o los riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el presente estudio académico.

En consecuencia, el proyecto de investigación se acoge a las normas científicas, técnicas y administrativas requeridas para realizar investigaciones. Teniendo como foco central el criterio del respeto a la dignidad y protección de sus derechos y bienestar, ajustándose a principios científicos y éticos que la justifiquen, basándose en hechos científicos, se expresarán los riesgos

aclarando que los procedimientos a realizar estarán al frente de profesionales con conocimiento y experiencia; en pro de preservar la integridad y privacidad del participante. Así mismo, como se mencionó en el tipo de diseño, se procurará asegurar que el presente estudio finalizará en fase de intervención seguido por una medición en fase de seguimiento. Lo anterior en pos de velar por el bienestar y la reducción de posibles daños hacia los participantes.

En cuanto al consentimiento y asentimiento informado, se realiza de acuerdo a los derechos que el menor puede ejercer, dentro de los cuales según la Ley de 1090 del 2006 (Código de infancia y adolescencia), se encuentra la libertad de buscar, recibir, y difundir informaciones e ideas de todo tipo. Este asentimiento no reemplaza el consentimiento informado, cumple la función de señalar la voluntad del menor de edad de participar en la investigación. Estos aspectos se consignaron en un formato que incluye las condiciones expuestas anteriormente.

En cuanto a los principios éticos debe mencionarse que se dio cumplimiento al principio del respeto por los derechos y la dignidad de las personas; al principio de beneficencia y no maleficencia, ya que se salvaguardó el bienestar y se cumplieron los derechos de todos los participantes de la investigación; la fidelidad y responsabilidad se ejecutaron mediante el establecimiento de confianza que permite la obtención de información más veraz y a su vez aumentar la eficacia de la investigación, promoviendo así mismo la exactitud, honestidad y veracidad de la ciencia, enseñanza y la práctica de la psicología, utilizándose métodos e intervenciones empíricamente validadas. Y el principio de autonomía, el cual implica que la persona tiene derecho a gobernarse y dirigirse a sí misma, teniendo en cuenta que las decisiones tomadas bajo este derecho deben ser respetadas (Principios éticos de los psicólogos y código de

conducta, 2010). En pro de ello, a los participantes que no cumplieron la cantidad de criterios fueron remitidos a su entidad de EPS para llevar el debido proceso terapéutico.

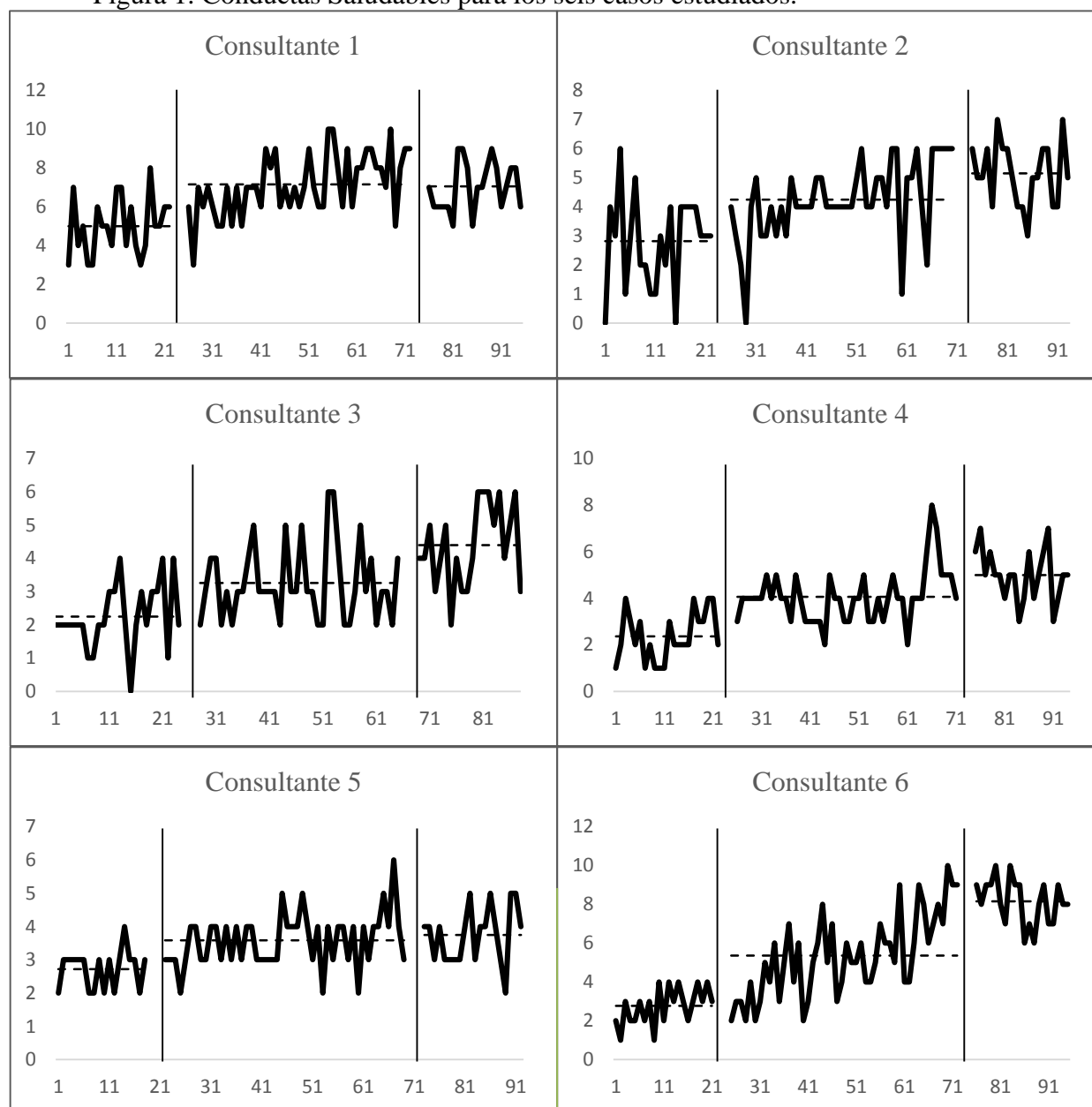
En cuanto al manejo de la información proporcionada por los participantes, se mantuvo el principio de confidencialidad, por lo cual toda la información fue manejada por la terapeuta debidamente guardada y ordenada en las historias clínicas de los participantes y la información a analizar académicamente fue previamente sistematizada para su análisis.

Resultados

Conductas saludables

Una de las variables analizadas durante la investigación fue la de conductas saludables. Esta es importante dentro del Protocolo Breve de Activación Conductual, dado que la frecuencia de las mismas señala la presencia o no de depresión. En la figura 1 se presentan los resultados para esta variable.

Figura 1. Conductas Saludables para los seis casos estudiados.



De acuerdo con las características gráficas, es posible observar que en la totalidad de los casos, se presentó un aumento de conductas saludables a lo largo de las fases del estudio. Las líneas que señalan la cantidad promedio de conductas para cada fase presentaron niveles subsecuentemente más altos. Es de notar que para todos los casos el promedio de conductas

saludables continúa aumentando en la fase de seguimiento. No obstante, para el caso 1, se observa una media igual en las fases de tratamiento y seguimiento. Este consultante, reportó durante el seguimiento que continuó desarrollando el mismo plan de activación que se había acordado antes de la finalización de la fase de tratamiento. Se observa en todos los casos, un patrón inestable en el comportamiento de los datos entre las fases, esta característica se presentó en los seis casos estudiados.

Durante la fase de línea base, se observa tendencia hacia arriba en los casos 1, 3, 4 y 6. Esta tendencia fue calculada y corregida mediante la prueba TAU-U, cuyos resultados se presentan en la Tabla 3 evidenciando una significancia clínica en la totalidad de los casos con valor P de 0.00.

Tabla 3
Cálculo del tamaño del efecto para las conductas saludables

		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Ponderado
Línea Base vs tratamiento	Pares	1034	990	912	1012	864	1008	
	S	690	523	438	733	505	732	
	TAU	0,66	0,52	0,48	0,72	0,58	0,72	0,61
	P	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Línea Base vs tratamiento - Tendencia	Pares	1034	990	912	1012	864	1008	
	S	646	503	374	676	496	658	
	TAU	0,62	0,50	0,41	0,66	0,57	0,65	0,57
	P	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tratamiento vs Seguimiento	Pares	940	900	760	920	960	960	
	S	-39	337	384	440	110	697	
	TAU	-0,41	0,37	0,50	0,47	0,11	0,72	0,35
	P	0,78	0,01	0,00	0,00	0,45	0,00	0,00

Los contrastes entre las diferentes fases, calculados mediante el índice TAU-U , dan cuenta de tamaños del efecto estadísticamente significativos, con resultados p menores que 0,05. Para los contrastes entre las fases de línea base y tratamiento se encontraron porcentajes de no solapamiento por encima del 41%, incluso después de corregida la tendencia.

Para los contrastes entre tratamiento y seguimiento se continúan apreciando diferencias con tamaños estadísticamente significativos, excepto para el caso 1 y 5. Asimismo, los cálculos ponderados de todos los casos muestran tamaños del efecto estadísticamente significativos.

Conductas Depresivas

Otra variable a estudiar, fue la presencia y frecuencia de conductas depresivas, de acuerdo a un efecto significativo del Protocolo Breve de Activación conductual, se espera que estas vayan en decremento conforme avanza el proceso terapéutico

Figura 2. Conductas Depresivas para los seis casos estudiados

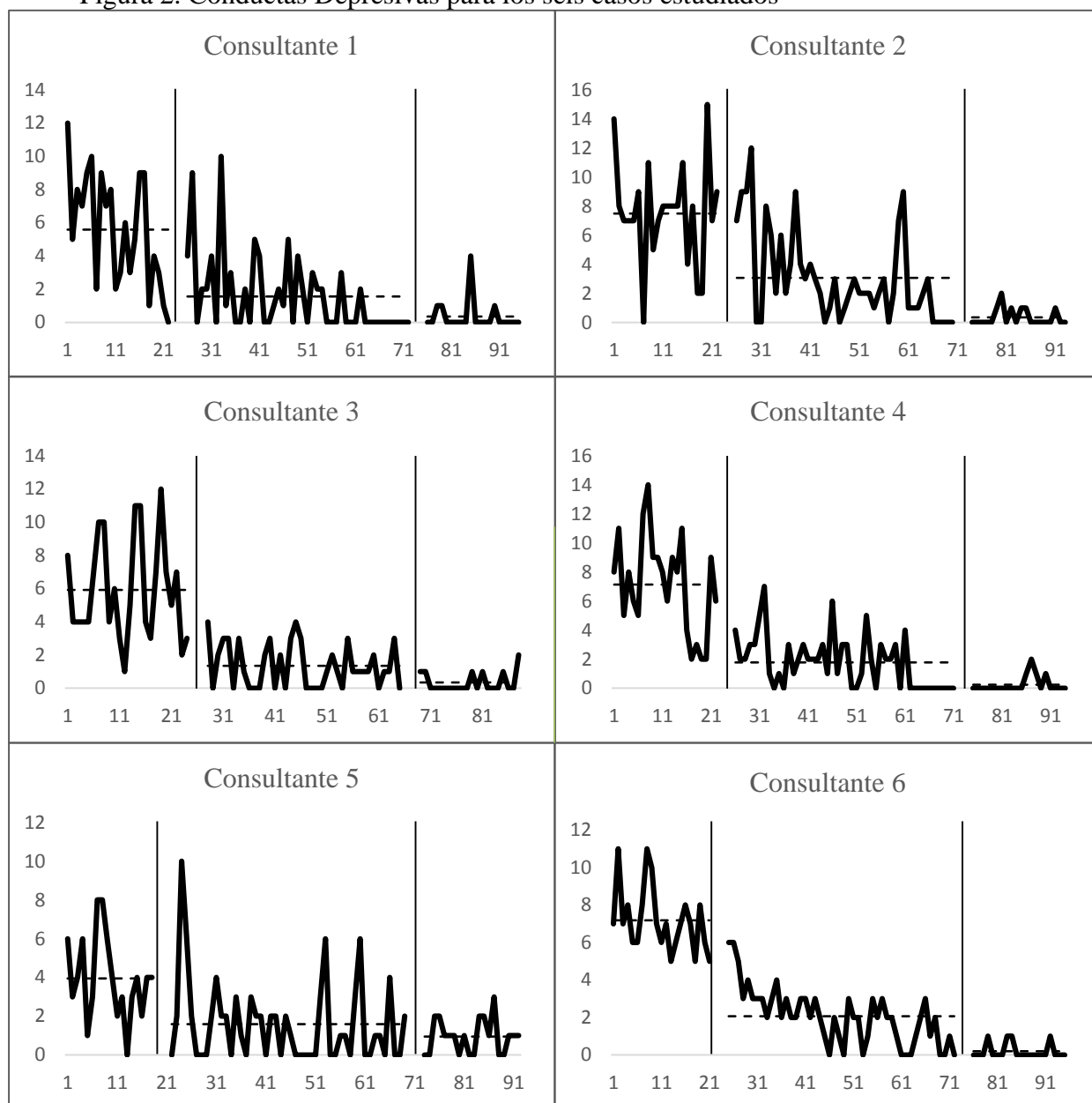


Figura 2. Las puntuaciones de la cantidad de conductas presentadas por sujeto se encuentran graficadas por día.

Las líneas que señalan el número promedio de conductas para cada fase, muestra disminución en la cantidad de conductas depresivas entre la línea base y la fase de tratamiento; fenómeno que se asentúa durante la fase de seguimiento. Al igual que con las conductas

saludables, en el caso 5 se observan menores diferencias entre las fases de tratamiento y seguimiento. No obstante, las ganancias terapéuticas se mantuvieron en el seguimiento.

Se observa en todos los casos, inestabilidad de las conductas entre las fases. Esto es propio no sólo de las conductas depresivas sino también de las saludables. Esta característica se presentó en los seis casos estudiados. Dicha variabilidad disminuye en la medida que avanza el tratamiento y la estabilidad se consolida en la fase de seguimiento. Esto último no se observa en los casos 2 y 5. Para el caso 2, el aumento en las conductas de depresión en la observación N° 60, coincidió con un evento familiar que disminuyó su percepción de disponibilidad de fuentes sociales de apoyo y refuerzo; para el caso 5, la variabilidad durante la fase de tratamiento fue mayor; el disparador del trastorno depresivo fue la ruptura con su pareja, con quien coincidió en el colegio a lo largo del proceso terapéutico, y según afirmaba, esto afectaba su estado de ánimo pues lo observó con otras parejas.

Durante la fase de línea base, se observa tendencia hacia abajo en los casos 1, 4 y 6. Esta tendencia fue calculada y corregida mediante las prueba TAU-U, cuyos resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4

Cálculo del tamaño del efecto para las conductas depresivas

		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Ponderado
Línea Base vs tratamiento	Pares	1034	990	912	1012	864	1008	
	S	-709	-619	-800	-843	-546	-983	
	TAU	-0,68	-0,62	-0,87	-0,83	-0,69	-0,97	-0,77
	P	0.00	0.00	0.00	0.00	0,00	0.00	0.00
Línea Base vs tratamiento - Tendencia	Pares	1034	990	912	1012	864	1008	
	S	-614	-614	-793	-780	-522	-926	
	TAU	-0,59	-0,62	-0,86	-0,77	-0,60	-0,91	-0,73
	P	0,00	0.00	0.00	0.00	0,00	0.00	0.00
Tratamiento vs Seguimiento	Pares	940	900	760	920	960	960	
	S	-299	-588	-328	-497	-89	-716	
	TAU	-0,31	-0,65	-0,43	-0,54	-0,09	-0,75	-0,46
	P	0,04	0.00	0,00	0,0005	0,5492	0.0000	0.00

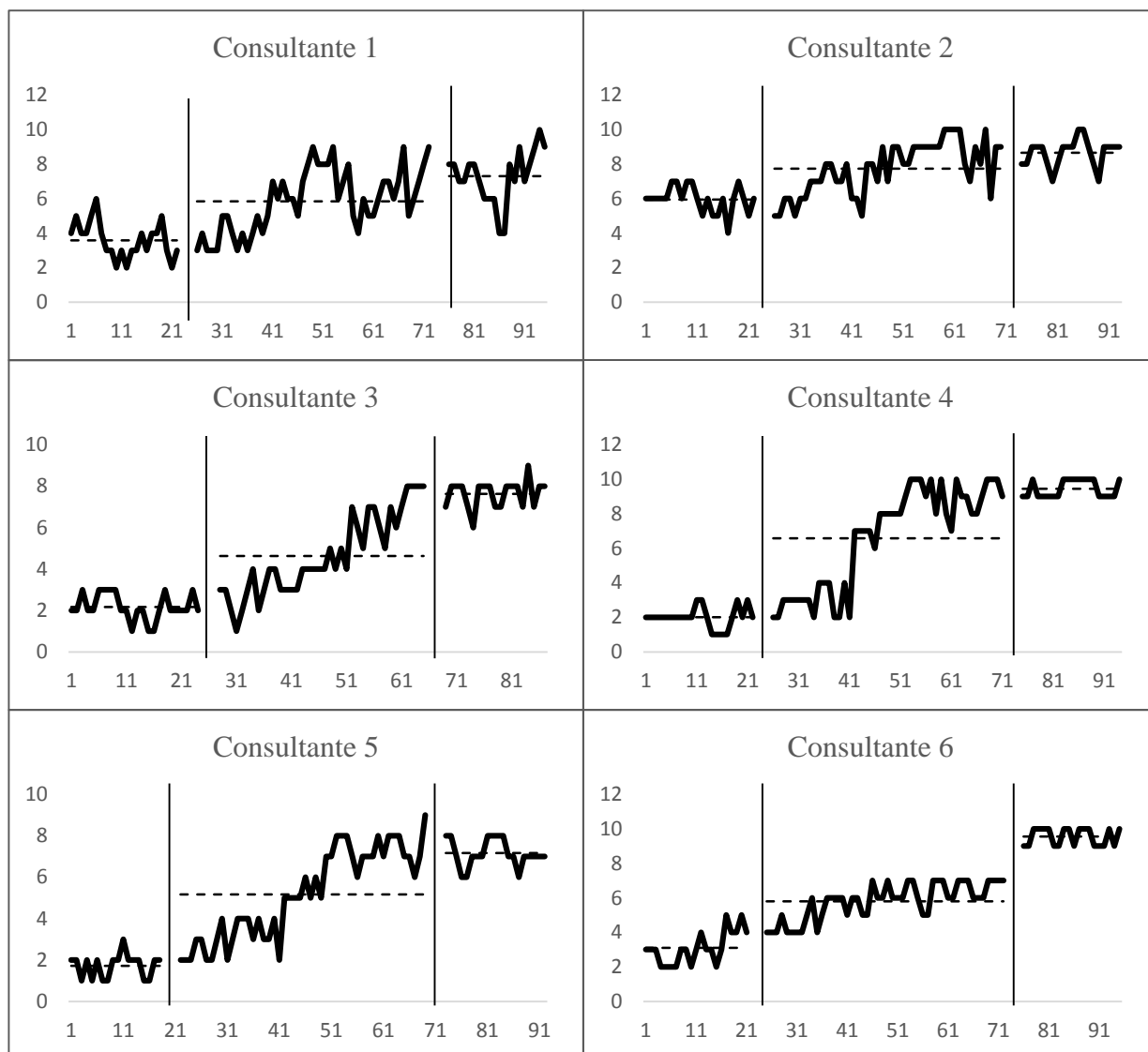
Los índices TAU U dan cuenta de tamaños del con resultados P menores que 0,05. Para los contrastes entre las fases de línea base y tratamiento se encontraron porcentajes de no solapamiento por encima del 59%, incluso después de corregida la tendencia, especialmente en los casos 1, 4 y 6 en los que se observaban tendencias a nivel gráfico.

Para los contrastes entre tratamiento y seguimiento se continúan apreciando diferencias con un tamaño estadísticamente significativo, excepto para el caso 5. Asimismo, los cálculos ponderados de todos los casos muestran tamaños del efecto estadísticamente significativos.

Estado de ánimo

Finalmente, se estudió la variable estado de ánimo desde la percepción subjetiva diaria de los consultantes, es de tener en cuenta que un puntaje bajo en una escala de 1 a 10, demuestra presencia de estado de ánimo bajo y por ende presencia de conductas depresivas, en la Figura 3 se establecen los resultados arrojados por los consultantes.

Figura 3. Estado de ánimo para los seis casos estudiados



De acuerdo a lo anterior, es posible observar que en la totalidad de los casos, se presentó un aumento de la percepción subjetiva del estado de ánimo a lo largo de las fases del estudio, incluso durante la fase de seguimiento se observa un aumento significativo en las medias arrojadas.

Durante la fase de línea base, se observa tendencia hacia arriba únicamente en el caso 6, para los demás casos se observa estabilidad en la fase. Esta tendencia fue calculada y corregida mediante la prueba TAU-U, cuyos resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5.
Cálculo del tamaño del efecto para el estado de ánimo

		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Ponderado
Línea Base vs tratamiento	Pares	1034	990	912	1012	864	1008	
	S	711	644	727	856	766	928	
	TAU	0,68	0,65	0,79	0,84	0,88	0,92	0,06
	P	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Línea Base vs tratamiento - Tendencia	Pares	1034	990	912	1012	864	1008	
	S	769	685	756	854	759	842	
	TAU	0,74	0,69	0,82	0,84	0,87	0,83	0,80
	P	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tratamiento vs Seguimiento	Pares	940	900	760	920	960	960	
	S	420	313	613	575	500	960	
	TAU	0,44	0,34	0,80	0,6	0,52	1	0,62
	P	0,00	0,02	0.00	0,00	0,00	0.00	0.00

Los contrastes entre las diferentes fases fueron calculados mediante la prueba estadística TAU – U, donde se arrojan tamaños del efecto estadísticamente significativos, con resultados P menores que 0,05. Específicamente, para los contrastes entre las fases de línea base y tratamiento se encontraron porcentajes de no solapamiento por encima del 69%, incluso después de corregida la tendencia.

Para los contrastes entre tratamiento y seguimiento se continúan apreciando diferencias con un tamaño estadísticamente significativo en todos los casos. Asimismo, los cálculos ponderados de todos los casos muestran tamaños del efecto estadísticamente significativos.

Escala Zung

La presencia de un Trastorno de Depresión Mayor se midió de acuerdo a la puntuación arrojada en la aplicación de la escala Zung, instrumento utilizado para estimar el cambio en la medición pretest y posttest, los puntajes de cada participante se presentan en la Figura 4. No

obstante, al tener las medias de las mediciones pre y las mediciones post, se realiza un cálculo para pruebas no paramétricas mediante el estadístico Wilcoxon, el cual arroja un valor p de 0.031. En ese sentido se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones previas al inicio de la intervención y aquellas tomadas durante el seguimiento.

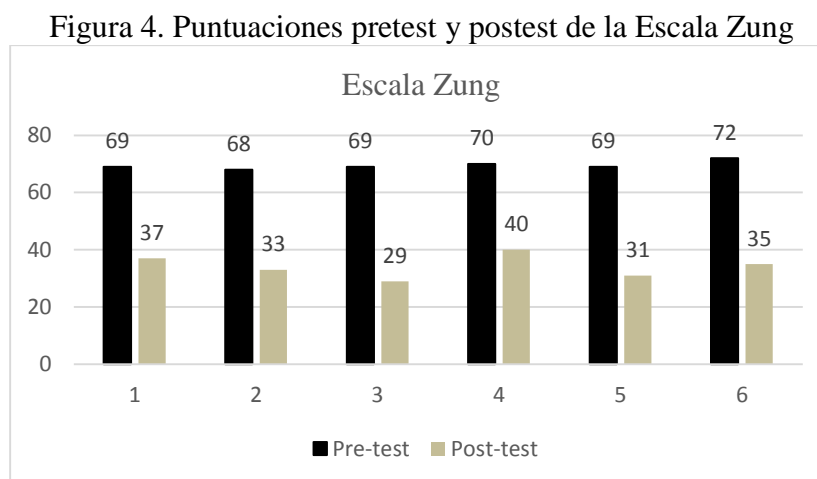


Figura 4. En la aplicación de esta escala una puntuación superior a 50 indica presencia de depresión.

De acuerdo con los puntajes arrojados en la escala Zung, para el pretest se encontró presencia de depresión en los seis casos estudiados con puntajes por encima de 60, ahora bien, para las puntuaciones arrojadas en el postest, las cuales fueron aplicadas en la fase de seguimiento, se evidencia una disminución significativa para la totalidad de los casos, con puntajes entre 30 y 40, lo que evidencia ausencia de depresión.

Discusión

El principal objetivo de la presente investigación fue estimar el efecto del tratamiento del Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) sobre la sintomatología depresiva en adolescentes diagnosticados con este trastorno. De acuerdo a los resultados arrojados, se estableció que para los seis casos estudiados, los factores que facilitaron la aparición del Trastorno de depresión mayor en los adolescentes, incluían: dificultades a nivel

familiar, como la ausencia de alguno de los padres, estilo de crianza extremo o conflicto intrafamiliar. Esto estuvo asociado a escasez de compañía y guías de redes de apoyo; lo cual respalda lo mencionado por Lourdes y Ayala, (2014); Lewinsohn, Seeley, y Gotlib (1997); Veytia, (2013); Páves et al. (2009); Cañón, (2011), Pardo et al. (2004), quienes mencionan estos factores como las vulnerabilidades que más se presentan en esta etapa de desarrollo favoreciendo las probabilidades de un episodio depresivo, lo cual puede también tenerse en cuenta para su estudio en investigaciones posteriores.

La depresión es un estado de ánimo bajo patológico que afecta al ser humano física y emocionalmente, el cual según Hernández y Louro (2015), tiene repercusiones sociales, lo cual se manifiesta en las conductas de aislamiento o evitación social por parte de los seis adolescentes, mediante reportes como “prefiero quedarme solo en mi habitación” “ya no salgo porque no me dan ganas, prefiero dormir” “trato de no salir ni a comer para no tener que verme con mis papás”, mostrando esto un deterioro significativo para sus relaciones interpersonales (Espinosa et al., 2015), además, los seis casos presentaron pérdida de interés en las actividades que antes eran placenteras para ellos, como bailar, jugar futbol, jugar ajedrez, salir a cine, ver televisión con padres, cantar, entre otras, no obstante los resultados arrojan que durante la aplicación del tratamiento se genera de nuevo la emisión de estas conductas con mayor disfrute e importancia para ellos, mejorando esto su estado de ánimo; en cuanto a otros síntomas característicos de la condición se encuentran dificultad para conciliar el sueño, cambio de apetito, disminución de capacidad de concentración, sentimientos de impotencia e inutilidad (Segal, Williams, Teasdale, 2015; Ceballos et al, 2015; Pardo et al, 2004; McCauley, 2010), los cuales se presentaron como hipersomnio, dificultad de concentración, sentimientos relaciones con culpa e inutilidad en los seis casos, y disminución de apetito en dos de ellos; conllevando

esto un estado de ánimo irritable, bajo rendimiento escolar y consumo de sustancias psicoactivas (Veytia, 2013), este último se presentó en uno de los seis casos con consumo esporádico de marihuana, el cual también fue disminuyendo conforme avanzaba el proceso terapéutico, en cuanto al bajo rendimiento escolar se presentó en la totalidad de los casos, pero con más severidad en dos de ellos, quienes optaban por no entrar a clases e incluso al colegio, y finalmente el estado de ánimo irritable se manifestó en los seis adolescentes según reportes de sus acudientes. Es de resaltar que aunque ninguno presentó en su experiencia ni durante el proceso intentos de suicidio, a pesar que todos al iniciar el proceso presentaron ideación suicida, pensamientos que fueron disminuyendo conforme avanzaba el tratamiento, y finalmente se erradicaron.

Como se mencionó, la depresión surge por bajos niveles de refuerzo positivo o niveles altos de control aversivo en su comportamiento (Bowins, 2011), así que a estos factores es que apunta el Protocolo Breve de Activación Conductual de un modo ideográfico, mediante el análisis funcional de la conducta depresiva y saludable para proponer actividades que sean importantes para las necesidades y valores del adolescente en particular, las cuales empezaron a incorporarse desde la identificación de valores gradualmente, mostrando niveles altos de aumento de las conductas saludables que aumentaron el refuerzo positivo contingente a la respuesta por parte de familia y amigos cercanos, lo que posteriormente facilitó el alivio de los síntomas depresivos (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004). Esto se evidencia en los resultados, donde durante la línea base, la cantidad de conductas depresivas era mayor que las saludables, a pesar de que en todos los casos se presenta inestabilidad en esta fase, dando cuenta de que la desregulación emocional fue un factor presente en todos los adolescentes, no obstante, conforme avanzó el proceso terapéutico, estas conductas disminuyeron y las saludables aumentaron,

continuando igual durante el periodo de dos meses hasta el seguimiento. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula, y demostrar que la aplicación del Protocolo BATD-R tiene efecto sobre las conductas depresivas, observándose una disminución significativa en la frecuencia diaria de éstas a partir de la fase B del diseño, asimismo, se evidencia efecto sobre las conductas saludables, donde se observa un aumento significativo en la frecuencia diaria de éstas; por ende, la percepción del estado de ánimo también cambiará por una valoración subjetiva como mejora en la calidad de vida.

Ahora bien, Díaz y Bocanegra (2013), realizaron una investigación en la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, que buscó determinar el efecto de la aplicación del protocolo BATD-R sobre la sintomatología depresiva de tres adolescentes, en el cual se reportó un aumento en las conductas saludables contingente a la mejora de su estado de ánimo, sin embargo presentaron limitaciones y sugerencias, dentro de los cuales se encontró un seguimiento a largo plazo para evidenciar eficacia del mismo, motivo por el cual, la presente investigación se realizó mediante un diseño AB con seguimiento, por el cual se sugirió que en la fase de seguimiento, dos meses después de finalizado el tratamiento, los consultantes mantenían una estabilidad en la cantidad de conductas saludables en pro de sus valores, no obstante, en dos de ellos, se encontró la ausencia de actividades nuevas en este periodo y se continuó con las programadas previamente en el proceso terapéutico. En cuanto a este diseño se refleja la principal ventaja que es demostrar la evidencia del tratamiento en el tiempo, no obstante, dentro de las limitaciones se encuentra el escaso trabajo con el contexto, principalmente con la familia, quienes en su mayoría influyen directamente en la intensidad del estado de ánimo bajo y por ende en la aparición y mantenimiento del episodio depresivo o del Trastorno de depresión mayor, se sugiere, trabajar con familia psicoeducación del trastorno, y habilidades que sirvan como factores protectores

durante el proceso terapéutico, siendo así agentes de reforzamiento positivo para los adolescentes, puesto que debido a su edad, no se encuentran en un estado de independencia total, incluyendo esto que existan actividades que deban ser realizadas por el consultante y los miembros de la familia en un mismo espacio y tiempo. Esto con el fin de combatir la depresión oportuna y eficazmente, representando mejoría en la calidad de vida del adolescente a quien se trata.

Conclusiones

De acuerdo a lo encontrado en la presente investigación, se evidencia que la aplicación de Protocolo BATD-R en adolescentes tiene un efecto significativo en la disminución de síntomas presentados por un episodio de depresión o el Trastorno de Depresión Mayor; así como impacto en las conductas saludables, depresivas y reportes de estado de ánimo. Es importante que futuras investigaciones consideren y den cuenta de la influencia e importancia del contexto familiar para los consultantes en esta etapa de la vida, pues en la presente investigación se evidencia un efecto significativo después de dos meses de terminado el tratamiento, no obstante es importante medir los síntomas nuevamente a más largo plazo y contemplar resultados diferentes.

Referencias

Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., Saavedra, R., Ramos, F., Cruz, J. y Durán, S. (2011).

Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién*, 16 (1) 20-25. Recuperado de

[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce)

[disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce)

[&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce)

[Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce)

[1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce)

[Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce)

[Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/59431075/depresion_en_ninos_y_adolescentes20190528-2480-685hwl.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T052204Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a1777fb971583b716d06425df8416c41199e693688d2b823b183708e3bac9bce)

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)

Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*. 3 (1), 17-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/647/64730103/>

Bachá, G., y Alonso, I. (2011). Concurrent Reinforcement of Response Sequences. *Acta de investigación psicológica*, 1(1), 108-120. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000100009&lng=es&tlng=en.

Barlow, D., Nock, M. K., & Hersen. M. (2009). *Single case experimental designs: strategies for studying behavior changes*. Boston: Pearson Education

Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. Recuperado de

- <https://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/620/La%20activaci%C3%B3n%20conductual%20y%20la%20terapia%20de%20activaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barraca, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD). Descripción, técnicas y aplicación. Recuperado de <http://jorgebarraca.com/wp-content/uploads/Tratamiento-de-Activacion-Conductual-para-la-Depresion-TACD.pdf>
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Fleiz, C., y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46 (5), 417-424.
- Bianchi, J., y Muñoz, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756006.pdf>
- Bianchi, J., y Henao, Á. (2015). Behavioral activation and depression: conceptualization, evidence and applications in Latin America. *Terapia psicológica*, 33(2), 69-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Bocanegra, S. y Díaz, M. (2013). Aplicación del tratamiento de activación conductual breve para la depresión en adolescentes: estudio de caso único. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Tesis para optar por el título de maestría en psicología clínica
- Campo, A., Díaz, L., Rueda, G., y Barros, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34-1. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a04.pdf>
- Cañon, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11 (1), 62-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
- Carvajal, G., Virginia, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/3121>.
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescun, J., Gamarra, L., Gonzalez, K., y Sotelo, A. (2015). I Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta. *Revista Duazary*,

- 12 (1), 15-22. Recuperado de file:///C:/Users/CLARA%20FLOREZ/Downloads/1394-1-3069-1-10-20150410%20(1).pdf
- Código de infancia y adolescencia. (2006). Ley de 1090. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- Cuijpers, P., Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 27, 318-326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE* 9(6): e100100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- Espinosa, M., Orozco, L., y Ybarra, J. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3), 201-208. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2015/sam153g.pdf>
- Flores, P., Medrano, L., y Victoria, L. (2014). ESTADOS DE ÁNIMO Y JUICIOS DE AUTOCONCEPTO EN UNIVERSITARIOS: ANÁLISIS DESDE UN ABORDAJE BASADO EN REDES SEMÁNTICAS NATURALES. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 48, (2). 291-307. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28437897006.pdf>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gaynor, S., y Harris, A. (2008). Single-participant assessment of treatment mediators: Strategy description and examples from a behavioral activation intervention for depressed adolescents. *Behavior Modification*, 32(3), 372-402. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1177/0145445507309028>
- Gilbert, P. (2017). *Depression*. London: Routledge.
- González, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio, M., Peralta, R., y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>

- Hernández, L. y Louro, B. (2015). Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 31(2). Recuperado de <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/11/7>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Education. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Jacob, M., Keeley, M., Ritschel, L., y Craighead, W. (2013). Behavioural activation for the treatment of low-income, African American adolescents with major depressive disorder: A case series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(1), 87-96. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1002/cpp.774>
- Kanter, J., Cautilli, J., Busch, A., y Baruch, D. (2005). Toward a Comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh. *The Behavior Analyst Today*, 6 (1), 65-81. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/h0100055>
- Kolko, D., Brent, D., Baugher, M., Bridge, J., y Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 603-614. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1037/0022-006X.68.4.603>
- Larraguibel Q., González M., Martínez N., y Valenzuela G., (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183- 191. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>.
- Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S., y Pagoto, S. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): Revised Treatment Manual (BATD-R). Inpress
- Lewinsohn, P., Roberts, R., Seeley, J., Rohde, P., Gotlib, I., y Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 302-315. doi:10.1037/0021-843X.103.2.302
- Lewinsohn, P., Seeley, J., y Gotlib, I. (1997). Depression-related psychosocial variables: Are they specific to depression in adolescents?. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 365-375. doi:10.1037/0021-843X.106.3.365

- Lezama, S. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 6 (1), 91-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770010.pdf>
- Lourdes, L., y Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22, 2, 72-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134009>
- Mayes, T., Bernstein, I., Haley, C., Kennard, B., y Emslie, G. (2010). Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale–Revised in adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(6), 513-516. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1089/cap.2010.0063>
- McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloredt, K., Martell, C., Rhew, I., Hubley, S., Dimidjian, S. (2015). The adolescent behavioral activation program: Adapting behavioral activation as a treatment for depression in adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 0, 1-14. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1080/15374416.2014.979933>
- McCauley, E., Schloredt, K., Gudmundsen, G., Martell, C., y Dimidjian, S. (2011). Expanding behavioral activation to depressed adolescents: Lessons learned in treatment development. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 371-383. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1016/j.cbpra.2010.07.006>
- Ministerio de Salud de la República de Colombia, (1993) N° 008430 del 4 de Octubre 1993, recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCIO N-8430-DE-1993.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCIO%20N-8430-DE-1993.PDF)
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de Salud Mental: Depresión. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Health for the World's Adolescents. A Second Chance in the Second Decade*. Recuperado de [http:// apps.who.int/adolescent/second-decade/](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/)

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ossa, A., Sánchez, A., Mejía, C., y Bareño, J. (2016) Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *Rev CES Salud Pública*, 7 (1), 37-48. Recuperado de [file:///C:/Users/CLARA%20FLOREZ/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeDepresionYSusFactoresAsociadosEnAdole-5644791%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CLARA%20FLOREZ/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeDepresionYSusFactoresAsociadosEnAdole-5644791%20(1).pdf)
- Pardo, G., Sandoval, A., y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, 13, 13-28. Recuperado de <file:///C:/Users/CLARA%20FLOREZ/Downloads/Dialnet-AdolescenciaYDepresion-3246301.pdf>
- Parker, R., Vannest, K., Davis, J., y Sauber, S. (2011). Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42, 284-299. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., y Vera, P. (2009). Familial risk factors for suicide among adolescents with depression. *Revista médica de Chile*, 137(2), 226-233. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200006>
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*. 28 (2), 97-110. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38818/1/PapelesPsicologo.2007.28.2.97.110.pdf>
- Petts, R. A., Foster, C. S., Douleh, T. N., y Gaynor, S. T. (2016). Measuring activation in adolescent depression: Preliminary psychometric data on the Behavioral Activation for Depression Scale-Short Form. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 65-80. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1037/bar0000036>
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., y Lejuez, C. W. (2007). Application of Behavioral Activation Treatment for Depression to an Adolescent With a History of Child

- Maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6(1), 64-78. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1177/1534650105275986>
- Russell, R., Shirk, S., y Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18(1), 15-27. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1080/10503300701697513>
- Royo, J. y Fernandez, N. (2012). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. XXI (2), 116.e1–116.e6. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Depresi%C3%B3n%20y%20suicidio%20en%20la%20infancia%20y%20adolescencia%20.pdf>
- Segal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2015). Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión. España: Editorial Kairós. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XUEZCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=depresion&ots=ZilWdoBnzX&sig=BOunlbket6kfPvEark-XPVLxYSI#v=onepage&q=depresion&f=false>
- Stassen, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., McDonald, S., Togher, L., Shadish, W., Horner, R., Kratochwill, T., Barlow, D., Kazdin, A., Sampson, M., Shamseer, L., y Vohra, S. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016: Explanation and elaboration. *Archives of Scientific Psychology*, 4(1), 10-31. <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1037/arc0000027>
- Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 292(7), 807-820. Recuperado de <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1001/jama.292.7.807>
- Veytia, M., González, A., López, F., Andrade, P., y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es&tlng=es.

Veytia, M. (2013). Depresión en adolescentes. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/oca/view/20.500.11799/21593/1/Salud%20del%20adolescente.pdf#page=112>

Zhou, X., Hetrick, S., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C., Cohen, D., Del Giovane, C., Liu, Y., Michael, K., Zhang, Y., Weisz, J., Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*. 14(2), 207-22. doi: 10.1002/wps.20217

Zung W. (1965). A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. Recuperado de <file:///C:/Users/CLARA%20FLOREZ/Downloads/zung-depression.pdf>

Anexos

Anexo 1.

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

Bogotá, _____ de _____ de _____

Explicar al adolescente:

1. El propósito de la actividad indicando que hay un periodo en el que se va a comprender la situación por la que consultan, y otro en el que se van a realizar acciones para mejorar la situación.
2. Los encuentros serán de una hora cada semana.
3. Es posible que se tengan encuentros con el cuidador y se realicen visitas al colegio, de ser necesario y con previo aviso y autorización.
4. La actividad profesional buscará el mejor beneficio del adolescente.
5. La información se manejará con confidencialidad y solo podrá romperse en caso que el bienestar y la vida del adolescente o la seguridad de los que lo rodean esté en riesgo. En tal caso se indicaran las acciones para protegerlo.
6. Darle al adolescente la oportunidad de hacer preguntas, aclarar dudas y expectativas sobre lo que le ha explicado la/el psicóloga (o).

Yo, _____ con documento de identidad _____ de _____, entiendo lo que la/el psicóloga (o) me ha explicado respecto al servicio que tendré por parte de la/el psicóloga (o) _____ y ha respondido a todas las preguntas que le he hecho. Sé que acepto voluntariamente iniciar el proceso, que se guardará confidencialmente la información que dé al profesional, a menos que mi vida o la de otra persona esté en riesgo, y tengo claro que puedo decir que no quiero seguir participando del servicio en cualquier momento.

Acepto Si ____ No ____

Psicólogo

TP:

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, actuando en mi calidad de representante legal del menor _____, manifiesto a ustedes mi aceptación del tratamiento ofrecido por la Psicóloga Alma Karime Guaidía Flórez, el cual me ha explicado y ha sido entendido por mí.

Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento de mi representado es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento escrito, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro la integridad física o mental de mi representado o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por la terapeuta en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

Tengo además conocimiento de que esta información será utilizada para la realización de la investigación titulada “Efecto de la aplicación del tratamiento de activación conductual breve (BATD-R) en cinco adolescentes diagnosticados con Trastorno de Depresión Mayor”, realizada en el marco de la Maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Por lo anterior la participación en la investigación no representará para mi algún reconocimiento económico o de índole material, adicionalmente, autorizo que algunas de las sesiones sean grabadas y que esta grabación será utilizada únicamente con fines académicos; además, tengo conocimiento por lo anterior que puedo solicitar el retiro inmediato, o no hacer parte de la investigación una vez iniciado el proceso y esto no afectará la continuidad del proceso terapéutico. Autorizo que el profesional encargado del caso de mi representado consulte a otros profesionales especializados, y de ser necesario y pertinente ser remitido para que me sea brindado un tratamiento integral.

Doy fe de que la información emitida por mí durante el tratamiento es real y verídica, teniendo en cuenta que sobre esta se dará solución al motivo de consulta.

Conozco también la autonomía que tengo sobre la decisión de continuar o no con el tratamiento de mi representado y de la importancia de mi compromiso y participación activa durante este, cumpliendo con las tareas y actividades asignadas.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: _____

Firma
CC.

Fecha

Anexo 3.

Escala autoaplicada de Depresión de Zung

Conteste las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros correspondientes a la columnas A, B, C o D, según el siguiente criterio:

0 = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente.

1 = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando.

2 = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.

3 = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo.

	0	1	2	3
Me siento triste y deprimido/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahora tengo menos apetito que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que estoy adelgazando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy estreñado/a (constipado/a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo palpitaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me canso por cualquier cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi cabeza no esta tan despejada como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tengo esperanza y confianza en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento mas irritable que habitualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Efecto del BATD-R sobre conductas depresivas en una muestra de adolescentes

Encuentro difícil la toma de decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me creo útil y necesario para la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que sería mejor para los demás que me muriera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4.

Formato de monitoreo diario

Horario	Actividad	Disfrute	Importancia
5-6am			
6-7am			
7-8am			
8-9am			
9-10am			
10-11am			
11-12pm			
12-1pm			
1-2pm			
2-3pm			
3-4pm			
4-5pm			
5-6pm			
6-7pm			
7-8pm			
8-9pm			
10-11pm			
11-12am			

Anexo 5.

Inventario de áreas vitales, valores y actividades.

(1/5) Relaciones

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5		

(2/5) Educación/Carrera

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4		
Actividad 5		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5		

(3/5) Recreación/Intereses

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

(4/5) Cuerpo, Mente, Espiritualidad

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

(5/5) Responsabilidades Diarias

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3		
Actividad 4		
Actividad 5		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5		

Valor:	Disfrute	Importancia
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5		

Anexo 6.

Acuerdos

¿En qué actividad podría ser útil la ayuda de otra persona?

Persona que podría ayudar con esta actividad: _____

¿De qué maneras podría ayudar?

1.
2.
3.

Persona que podría ayudar con esta actividad: _____

¿De qué maneras podría ayudar?

1.
2.
3.

Persona que podría ayudar con esta actividad: _____

¿De qué maneras podría ayudar?

1.
2.
3.

Anexo 7.

Selección y jerarquía de las actividades

Listar actividades y puntuélas según su nivel de dificultad, de 1=menos difícil a 15=más difícil

Actividad	Dificultad (1 a 15)